

5 Diskussion

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, bei Patienten/innen einer Rettungsstelle den Zusammenhang zwischen den von ihnen angegebenen naturalistischen oder psychosozialen Ursachenvorstellungen bezüglich ihrer Beschwerden und den Einflussfaktoren Ethnizität, Migrantengeneration, Geschlecht, Alter und Beschwerdeart zu untersuchen.

Im Folgenden sollen Design und Ergebnisse der Studie hinsichtlich ihrer praktischen Relevanz diskutiert werden. Des Weiteren sollen die Grenzen der Arbeit sowie Ansätze für weitere Untersuchungen zu dieser Thematik erörtert werden.

5.1 Methodik

Beim Entwurf der Fragestellung und bei der Auswertung der Daten ergaben sich besondere Probleme durch den Umstand, dass sich die vorliegende Arbeit auf bereits vorliegende Studienergebnisse stützte. Dadurch war eine Einflussnahme auf Art und Inhalt der in der Studie gestellten Fragen zu den Ursachenvorstellungen nicht mehr möglich. Vielmehr hatte sich das methodische Design an den bereits vorliegenden Daten zu orientieren.

In der ursprünglichen Studie, die einen relativ großen Patientenpool von 766 Probanden/innen umfasste, war die Bedeutung der subjektiven Krankheitskonzepte kein primäres Untersuchungsziel.

Durch das Setting der Befragung im Wartebereich einer Rettungsstelle und durch die relativ umfangreiche Itemanzahl des Fragebogens hatte der offene Charakter der Fragen zu den Ursachenvorstellungen ein sehr knappes, stichwortartiges Antwortverhalten zur Folge. Ein Eingehen auf Ursprung und Bedeutung der Ursachenvorstellungen und ein Einordnen der Antworten in komplexere Krankheitskonzepte sowie ein Ausschließen anderer nicht erwähnter Krankheitsvorstellungen, die vielleicht weniger vordergründig waren oder aber als unerwünscht empfunden wurden, wie etwa religiöse oder metaphysische Antworten, war nicht möglich. Hierfür wäre, wenn auch im gegebenen Setting nahezu unmöglich, eine Befragung mittels eines halbstrukturierten Interviews sinnvoller gewesen (Schaefer et al. 2002). Andererseits sicherte der offene Stil der Fragen und eine Befragung der Patienten/innen vor der jeweiligen Untersuchung einen spontanen und wenig manipulierten Charakter der Antworten. Inwieweit die Patienten/innen allerdings schon mit vorgefertigten Ursachenvorstellungen in die Rettungsstelle

kamen oder ob diese erst aufgrund der Befragung von ihnen entwickelt wurden, muss offen bleiben.

Der Stichwortcharakter der genannten Ursachenvorstellungen schränkte auch die Bildung von möglichen Antwortkategorien ein. Letztlich war eine Differenzierung nach naturalistischen und psychosozialen Antworten möglich. Anderen in der Attributionsforschung üblichen Kategorien wie intern versus extern oder selbstverantwortet versus nicht selbstverantwortet (Fincham et al. 2002) ließen sich die Antworten häufig nicht sinnvoll zuordnen.

Vereinzelt fehlten soziodemographische Angaben und solche zur Art der Hauptbeschwerde. Bei Patienten/innen, die keine Angaben zu ihren Ursachenvorstellungen gemacht hatten, war nicht zu bestimmen, ob sie keine spontanen Ursachenvorstellungen hatten oder ob sie diese aus anderen Gründen nicht nannten. Insbesondere bei der Gruppe der Patientinnen, die häufiger keine Angaben machte als die Vergleichsgruppe der Patienten, könnte das einen weiter unten ausführlicher diskutierten verzerrenden Effekt gehabt haben.

Aufgrund der Zahl möglicher Einflussfaktoren auf die Ursachenvorstellungen (Ethnizität, Migrantengeneration, Geschlecht, Alter und Beschwerdeart) stellte sich eine differenzierte Betrachtung trotz des ursprünglich großen Patientenpools als schwierig dar. Bei der Bildung von alle Variablen berücksichtigenden Subgruppen wären für einen Vergleich zu kleine Gruppen entstanden. Um den Einfluss der verschiedenen Faktoren dennoch kontrollieren zu können, wurde zum einen eine multivariate Analyse durchgeführt, zum anderen wurden, wie im Methodikteil beschrieben, die Obergruppen solange geschichtet, bis keine Unterschiede mehr nachweisbar waren.

Problematisch war das Konstrukt eines Ethnizitätsvergleiches, da eine ethnisch einheitliche Vergleichsgruppe zur Gruppe der deutschen Patienten/innen für eine sinnvolle Auswertung zu klein gewesen wäre. Deshalb wurde die Entscheidung mit der im Methodikteil beschriebenen Begründung getroffen, deutsche Patienten/innen mit Migranten/innen aus überwiegend muslimisch geprägten Ländern zu vergleichen. Welchen Einfluss der Prozess der Migration selbst spielt und inwieweit sich die Ursachenvorstellungen der Migranten/innen von Ursachenvorstellungen der Patienten/innen in den jeweiligen Herkunftsländern unterscheiden, lässt sich mit dieser Studie allerdings nicht beurteilen.

Auch das Konstrukt der Migrantengenerationen stellt eine Vereinfachung der gesellschaftlichen Realität dar. Weder ist die als „erste“ definierte Generation eine einheitliche Gruppe - vor dreißig Jahren immigrierte Arbeitsmigranten/innen unterscheiden sich sicherlich von heute immigrierenden Ehefrauen und Ehemännern der bereits in Deutschland lebenden zweiten Generation - noch berücksichtigt die Subsumierung der in Deutschland aufgewachsenen

Migranten/innen in der Gruppe der als „zweiter“ bezeichneten Generation Prozesse, die sich zum Beispiel in einer „dritten“ Generation abspielen. Trotzdem kann diese Einteilung der Migrantengenerationen als angemessene Differenzierung zur Untersuchung von Akkulturationsprozessen angesehen werden.

Als problematisch stellte sich die Berücksichtigung des Sozialstatus als möglicherweise die Ursachenvorstellungen prägender Aspekt dar. Definiert wurde der Sozialstatus über den Grad der schulischen Bildung, was bereits für sich genommen nur eine sehr begrenzte Aussagekraft über den tatsächlichen Sozialstatus hat. Da aber ein großer Teil der Migranten/innen gar keine Schulabschlüsse aufwies, was für die deutschen Patienten/innen so gut wie gar nicht zutraf, ließen sich diesbezüglich keine Vergleichsgruppen bilden. Obwohl also die Schulbildung sehr wohl einen spezifischen Aspekt der deutschen Probanden/innen und der Migranten/innen darstellte, wurde sie und somit auch der Sozialstatus für die Differenzierung der Ursachenvorstellung nicht weiter berücksichtigt.

5.2 Stichprobe

In der ausgewerteten Studienpopulation dominierte die Gruppe der deutschen Patienten/innen. Das kam dadurch zustande, dass bei der ursprünglichen Befragung zwar immer einem Migranten/innen je ein „zufällig folgender“ deutscher Patient bzw. eine deutsche Patientin zugeordnet wurde, in die Auswertung dieser Arbeit aber die Daten aller deutschen Patienten/innen eingingen, während von der Gruppe der Migranten/innen nur der Teil der Patienten/innen berücksichtigt wurde, der aus einem muslimisch geprägten Land stammte.

Der Anteil an Patientinnen in der Stichprobe war deutlich größer als der der Männer, was durch den relativ hohen Anteil an gynäkologischen Patientinnen mitbedingt wurde. Bei den Migranten/innen war der Frauenanteil sogar noch größer. Dies hatte zur Folge, dass die Ergebnisse bezüglich der Patientinnen zum Teil aussagekräftiger waren.

Bei den Altersgruppen war die Gruppe der Über-50-jährigen kleiner als die der beiden anderen Altersgruppen. Dieses Verhältnis war bei den Migranten/innen ausgeprägter. Hieraus ergab sich, dass relativ wenig Aussagen über die älteste Altersgruppe gemacht werden konnten.

Die Migranten/innen hatten deutlich niedrigere Bildungsabschlüsse als die deutschen Patienten/innen. Am ausgeprägtesten war dieses Phänomen beim ersten Bildungsgrad (ohne einen Schulabschluss oder mit nur einer abgeschlossenen Grundschule) festzustellen. In dieser Gruppe befand sich ein Großteil der Migranten/innen, während die deutschen Patienten/innen fast alle einen Bildungsabschluss oder den Besuch einer fortführenden Schule aufwiesen.

Hieraus lässt sich ableiten, dass die Migranten/innen einen niedrigeren Sozialstatus mit entsprechend größeren psychosozialen Belastungen und einem erhöhten Erkrankungsrisiko (Siegrist 2000) hatten als die deutschen Patienten/innen. Zudem haben Menschen ohne schulische Abschlüsse geringeren Zugang zu medizinischen Informationssystemen, was im Falle der Migranten/innen einen Austausch mit westlichen Medizinvorstellungen erschweren könnte. Am ausgeprägtesten war dieser Unterschied bei den Patientinnen festzustellen. Während die deutschen Patientinnen einen mit den deutschen Männern fast identischen Bildungsgrad aufwiesen, hatten die Migrantinnen einen deutlich niedrigeren Bildungsgrad als die Migranten, die ihrerseits bereits unter den beiden deutschen Vergleichsgruppen lagen. Dieses Phänomen verdeutlicht die zusätzlichen psychosozialen Belastungen, denen Migrantinnen ausgesetzt sind, und zeugt von weiterhin bestehenden traditionell patriarchalen Strukturen auch in der Migration (Koch 2000; Schirmmacher et al. 2004).

Angehörige der zweiten Migrantengeneration verfügen im Vergleich zur Elterngeneration über höhere Bildungsgrade, was durch die Teilnahme am hiesigen Bildungssystem begründet sein dürfte und von einem Integrationsprozess zeugt. Dass die zweite Generation jedoch unterhalb des durchschnittlichen Bildungsniveaus der deutschen Befragten lag, könnte durch Unterschiede in der sozialen Lage zwischen Migranten/innen und Deutschen mit einem tendenziell niedrigeren Sozialstatus bei den Migranten/innen bedingt sein und zeugt von einem noch nicht abgeschlossenen Akkulturationsprozess sowie einem nach wie vor ungleichen Zugang zum deutschen Bildungssystem.

Bezüglich der Beschwerdearten unterschieden sich Migranten/innen und deutsche Patienten/innen nicht. Das zeugt davon, dass zumindest im Beobachtungsrahmen der Rettungsstelle keine ethnizitätsspezifische Präferenz zu der Entwicklung abdominaler oder thorakaler Beschwerden besteht. Diesbezüglich stehen unsere Ergebnisse im Widerspruch zu anderen älteren Studien, in denen teilweise für bestimmte Körperregionen unterschiedliche Erkrankungsneigungen zwischen deutschen Patienten/innen und Migranten/innen gefunden wurden (Günay et al. 1990). Weibliche und jüngere Patienten/innen kamen allerdings häufiger mit abdominalen Beschwerden in die Rettungsstelle, was durch den relativ großen Anteil an gynäkologischen Beschwerden zustande gekommen sein dürfte sowie durch den Umstand, dass verschiedene thorakale Beschwerden eher im höheren Alter auftreten.

5.3 Ursachenvorstellungen

Die Studie ergab, dass mit 86% die Mehrheit der befragten Patienten/innen eine Vorstellung von den Ursachen ihrer Beschwerden hatte. Damit konnte der erste Teil der ersten Hypothese, dass eine Mehrheit der Patienten/innen, die eine Rettungsstelle aufsuchen, subjektive Annahmen über die Ursache ihrer Beschwerden hat, bestätigt werden. Krankheitsbezogene Beschwerden, insbesondere solche, die als Notfall erlebt werden, stellen für die betroffenen Patienten/innen ein negatives, unnormales und bedrohliches Ereignis dar, welches in besonderem Maße dazu geeignet ist, Attributionsprozesse auszulösen. Über die Suche nach den Ursachen versuchen die Patienten/innen, die Beschwerden einzuordnen und zu verstehen, um letztlich Kontrolle über sie zu erlangen und somit den bedrohlichen Charakter der Ereignisse abwenden zu können. Die Ergebnisse dieser Studie stehen diesbezüglich im Einklang mit anderen Studien, die zu subjektiven Ursachenvorstellungen gemacht wurden (Jacob et al. 1999; Cope et al. 1994; Schuth 1991). Sie verdeutlichen, dass Patienten/innen sich auch in der Rettungsstelle nicht bedingungslos dem ärztlichen Handeln unterordnen, sondern vielmehr als selbstständig denkende und handelnde Personen sehr wohl mit konkreten Ursachenvorstellungen und Krankheitskonzepten zur Notaufnahme kommen sowie mit entsprechenden Erwartungen, die Implikationen für die Arzt-Patienten-Beziehung enthalten und Konsequenzen für die weitere Behandlung haben sollten.

Etwa zwei Drittel der Patienten/innen äußerten eine ausschließlich naturalistisch kategorisierbare Ursachenvorstellung. Damit konnte der zweite Teil der ersten Hypothese, dass die naturalistischen Ursachenvorstellungen überwiegen, ebenfalls bestätigt werden. Schon andere Studien konnten zeigen, dass die naturalistischen Ursachenvorstellungen im allgemeinen bei Patienten/innen dominieren (Robbins et al. 1991; Kirmayer et al. 1994) und psychische Aspekte von Erkrankungen insgesamt weniger „zugelassen“ oder berichtet werden. Diese Krankheitsdeutung scheint ebenso bzw. im besonderen Maße für die Rettungsstellensituation zu gelten. Diese Patienten/innen scheinen körperlich bedingte Beschwerden als dringlicher und behandlungsbedürftiger zu empfinden und schätzen sie eher als Notfall ein, während als psychisch erlebte Symptome die Patienten/innen weniger zum Aufsuchen eines Arztes drängen (Robbins et al. 1991). Zudem sind als psychisch eingestufte Symptome von Seiten der Patienten/innen oft mit Scham behaftet. Möglicherweise neigen Patienten/innen mit der Annahme psychisch bedingter Beschwerden auch eher dazu, Hilfe an anderen Orten als der Rettungsstelle zu suchen.

Die Ergebnisse lassen sich aber auch dahingehend interpretieren, dass sich ein Teil der Patienten/innen im Sinne eines sozial erwünschten Antwortverhalten äußerte. Da die Rettungsstelle im allgemeinen als Behandlungsort körperlicher Notfälle beschrieben wird, ist es sicherlich für einige Patienten/innen gerade hier konfliktbelastet, ihre Beschwerden als psychosozial bedingt wahrzunehmen oder sich entsprechend zu äußern. Somit stellt sich die Frage, inwieweit der Behandlungsort bzw. das Versorgungssetting die jeweiligen subjektiven Krankheitskonzepte der Patienten/innen beeinflusst.

Trotzdem bleibt festzuhalten, dass immerhin fast 15% der Patienten/innen ihre Beschwerden als rein psychosozial verursacht einschätzte und bei fast 20% psychosoziale Aspekte neben den naturalistischen Vorstellungen eine wichtige Rolle spielten. Das bedeutet, dass circa ein Drittel aller Patienten/innen einer Rettungsstelle die jeweiligen Beschwerden durch psychosoziale Belastungen zumindest mitverursacht sah. Dieser Umstand hebt somit die psychosoziale Bedeutung einer Rettungsstelle für diese Patientengruppe hervor und betont die Wichtigkeit einer psychologischen Kompetenz der dortigen Mitarbeiter.

Von den Patienten/innen, die Angaben über ihre Ursachenvorstellungen machten, nannte die eine Hälfte nur eine Ursache, während die andere Hälfte mehrere Antworten gab. Hierbei gilt es sicherlich zu berücksichtigen, dass der Fragebogen und das Setting der Befragung zu einem kurzen Antwortverhalten anregte. Über komplexere Strukturen der Krankheitskonzepte oder über weniger vordergründige Vorstellungen ließen sich deshalb unter diesen Umständen keine Einblicke gewinnen. Jedoch lassen sich die Ergebnisse dahingehend interpretieren, dass die Hälfte der Patienten/innen mit Ursachenvorstellungen, die nur eine Angabe machte, sich damit auf eine Antwort im Sinne einer Hauptursache festlegen konnte. Dies schließt ein mögliches Vorhandensein anderer, vielleicht weniger bedeutsamer Ursachenvorstellungen nicht aus. Die andere Hälfte, die sich nicht auf eine Angabe beschränkte, konnte sich entweder unter verschiedenen möglichen Vorstellungen nicht im Sinne einer Hauptursache festlegen oder offenbarte mit ihrem Antwortverhalten ein multikausales Krankheitskonzept, in dem verschiedene Ursachen beim Auslösungsprozess ihrer Erkrankung zusammenwirken.

Bei den Patienten/innen die mehrere Ursachen nannten, überwog der Anteil derer, die Vorstellungen aus nur einer Kategorie angaben. Hierbei dominierten die alleinig naturalistisch kategorisierbaren Vorstellungen, die gemischten Deutungen, die Antworten aus beiden Kategorien enthielten, nahmen eine mittlere Stellung ein und die ausschließlich psychosozial kategorisierbaren Ursachenvorstellungen machten den kleinsten Anteil aus. Damit spielten die naturalistischen und die psychosozialen Aspekte der Ursachenvorstellungen bei den

Patienten/innen mit einer Antwort und denen mit mehreren Antworten in ihrer Häufigkeit eine ähnliche Rolle.

5.3.1 Ethnizitätsspezifische Ursachenvorstellungen

Die Ergebnisse der Studie konnten zeigen, dass es einen Zusammenhang zwischen der Zugehörigkeit zu einer der ethnischen Gruppen und der jeweiligen Neigung zu bestimmten Kategorien von Ursachenvorstellungen gibt. Dieser Zusammenhang war allerdings unabhängig von den anderen Einflussfaktoren wie Geschlecht, Alter und Beschwerdeart nur sehr gering ausgeprägt. Immerhin konnte der erste Teil der zweiten Hypothese, dass sich zwischen deutschen Patienten/innen und Migranten/innen aus überwiegend muslimisch geprägten Ländern, die eine Rettungsstelle aufsuchen, Unterschiede in den subjektiven Annahmen über die Ursachen ihrer Beschwerden ergeben, bestätigt werden. Unsere Ergebnisse stehen diesbezüglich im Einklang mit anderen Studien zu diesem Themenbereich (Zielke-Nadkarni 1999). Subjektive Krankheitskonzepte und damit auch die Neigung zu bestimmten Ursachenvorstellungen werden in kindlichen Entwicklungsphasen kulturell über die Familie und das Erleben lokal spezifischer medizinischer Situationen geprägt (Schmidt et al. 1994).

Der relativ moderate Unterschied zwischen den Kulturen lässt sich dahingehend interpretieren, dass über die kulturelle Sozialisation zwar eine Basis bereitgestellt wird, auf der Ursachenzuschreibungen erst ermöglicht werden, bei den aktuellen Neigungen aber individuelle Merkmale wie aktuelle Erkrankungen und Beschwerden, Lebensalter, persönliche Krankengeschichte, Erleben von Erkrankungen im näheren Umfeld oder die aktuelle Lebenssituation letztlich ausschlaggebender sind.

Andererseits muss man in Erwägung ziehen, dass die Unterschiede in der Bedeutung naturalistischer oder psychosozialer Ursachenvorstellungen zwischen den beiden Kulturgruppen deshalb gering sind, weil auch die muslimische und die christliche Kulturgeschichte weite Überschneidungsbereiche und gegenseitige Beeinflussungen aufweisen und weil nicht zuletzt westliche Medizinkonzepte die Gesundheitssysteme weltweit zunehmend prägen (Küng 2004; Kirmayer et al. 1994). Auch könnte der Prozess der Akkulturation, der bei den Migranten/innen z.T. schon über mehrere Dekaden und Generationen stattfindet, Unterschiede zwischen den Kulturen bereits weitgehend verwischt haben.

Des Weiteren besteht die Möglichkeit, dass die beiden auf dem kartesischen Weltbild eines Seele-Leib-Konzeptes beruhenden Kategorien naturalistisch und psychosozial weniger dazu geeignet sind, größere Unterschiede zwischen deutschen Patienten/innen und Migranten/innen

aus muslimisch geprägten Ländern herauszuarbeiten. Einerseits subsumieren diese Kategorien Aspekte, die in den verschiedenen Kulturen unterschiedliche Bedeutungen haben, wie z.B. ein unterschiedliches Konzept der Person, die in einer individualistischen Kultur zweipolig als das Selbst und die Anderen, in kollektivistischen Kulturen aber eher dreigeteilt als das Selbst ohne Gruppe, das Selbst in der eigenen Gruppe und die Anderen erlebt wird (Kirmayer et al. 1994). Darüber hinaus werden andersartige Dimensionen wie Kontrollmechanismen und Verantwortungsaspekte nicht berücksichtigt.

Auch könnten sich hinter den spontanen Ursachenzuschreibungen ausgeprägtere Unterschiede in den subjektiven Krankheitskonzepten verbergen in Form von komplexeren Strukturen wie der Bedeutung der Ursachenvorstellung oder der Verbindung zu anderen Aspekten wie Bedrohlichkeit, Konsequenzen und Behandlungsmöglichkeiten. Solche Zusammenhänge sind aber nur über interaktive Interviewformen zugänglich.

Nicht zuletzt sollte auch die Frage berücksichtigt werden, inwieweit sich das Antwortverhalten der Patienten/innen am Rahmen des sozial Erwünschten orientiert haben könnte. So ist nicht auszuschließen, dass Patienten/innen psychosoziale Vorstellungen umgangen haben, um nicht dem Stigma des „Nicht-ernsthaft-Erkrankten“ oder des „Psychisch-nicht-Belastbaren“ ausgesetzt zu werden. Migrantinnen könnten sich bewusst den westlichen Vorstellungen angepasst haben, um nicht als andersartig oder abergläubisch betrachtet zu werden, und dabei religiöse oder mystische Vorstellungen, wie etwa die vom Nabelfall oder vom Bösen Blick, unerwähnt gelassen haben (Bäärnhielm 2004).

Andererseits, wenn auch wie oben beschrieben in geringem Maße, tendierten in dieser Studie die Migrantinnen tatsächlich häufiger zu psychosozialen Ursachenvorstellungen als die deutschen Patienten/innen, die ihrerseits eine größere Tendenz zu der naturalistischen Kategorie aufwiesen. Damit konnte auch der zweite Teil der zweiten Hypothese, dass die deutschen Patienten/innen eine größere Neigung zu naturalistischen Ursachenvorstellungen hätten, bestätigt werden. Diese unterschiedliche Tendenz wies jedoch eine starke Alters- und Geschlechtsabhängigkeit auf. Vor allem für die 30-bis-50-jährigen Migrantinnen, und hier insbesondere für die Migrantinnen der ersten Generation, ließ sich eine größere Tendenz zu der alleinig psychosozialen Kategorie als in der entsprechenden Vergleichsgruppe ausgeprägt feststellen. Sie gaben zu 30% ausschließlich psychosozial kategorisierbare Ursachen an und zu unter 50% alleinig naturalistische. Das bedeutet, dass im Erleben dieser Migrantinnen der mittleren Altersstufe, die eine Rettungsstelle aufsuchen, bei über 50% psychosoziale Aspekte als Ursache ihrer Beschwerden eine wichtige Rolle spielen.

Aus kultureller Sicht lässt sich diese unterschiedliche Tendenz dahingehend interpretieren, dass im muslimisch geprägten Kulturkreis häufig ein holistischeres Krankheitsverständnis anzutreffen ist, in dem nicht einzelne Körperteile oder Organe erkranken, sondern der Mensch als Ganzes mit Körper und Geist. Gleichzeitig stehen bestimmte Organe und deren Erkrankungen symbolhaft für seelische Zustände (Bäärnhielm et al. 2000; Kirmayer et al. 1998). In einem solchen holistischen Menschenbild stellt es keinen Widerspruch dar, wenn psychische Konflikte oder Probleme den Körper mit seinen Organen wie im Falle des Nabelfalls aus dem Gleichgewicht, aus seiner „Mitte“, bringen und ihn krank machen. Die psychosozialen Ursachen werden dabei nicht als alleinige Ursache gesehen und nicht als psychische oder psychiatrische Erkrankungen, die im hohen Maße negativ stigmatisiert sind, verstanden, sondern sie sind Teil eines Gesamtprozesses, in dem sie aber durchaus den vorherrschenden Aspekt darstellen können. Gleichzeitig ist das körperliche Ausdrücken seelischen Leidens gesellschaftlich akzeptierter (Bäärnhielm 2004).

Migranten/innen wird zudem eine größere Tendenz zu psychosomatischen Erkrankungen zugeschrieben, deren psychische und körperliche Zusammengehörigkeiten für viele Patienten/innen durchaus erfassbar sind (Weilandt et al. 1997; Kirmayer et al. 1998).

Auf der anderen Seite sind Migranten/innen sowohl wegen ihres oft niedrigeren Sozialstatus als auch aufgrund spezifischer Probleme der Migration besonderen psychosozialen Belastungen ausgesetzt. Menschen aus niedrigeren sozialen Schichten schätzen ihren psychischen Gesundheitszustand im Durchschnitt schlechter ein als Personen aus höheren Schichten (Zemp Stutz et al. 2001). Die Migration wiederum kann zumindest für die erste Generation durch den Verlust des Herkunftslandes und der entsprechenden familiären und sozialen Wurzeln eine Belastung bedeuten und zur Minderung des Selbstwertgefühls führen (Ardjomandi et al. 1998; Koch et al. 2000). Für die zweite Generation dürfte eher die Problematik, in der Gesellschaft tendenziell stärker am Rand zu stehen, einen Belastungsfaktor darstellen. Das Leben mit erhöhten psychosozialen Belastungen verstärkt zum einen das Risiko, an diesen auch tatsächlich zu erkranken, zum anderen prägen die Lebensumstände und mit ihnen die entsprechenden Belastungen die Wahrnehmung und das Erleben, wodurch Beschwerden eher psychosozialen Ursachen zugeschrieben werden. Die Geringfügigkeit der Unterschiede kann andererseits aber ein Hinweis darauf sein, dass diese Belastungen durch familiäre Bindungen sowie eine funktionierende Migrantensubkultur, was gerade für Berlin zutrifft, auch relativiert werden (Basche 2003; Wittig et al. 2003).

Einen weiteren Aspekt stellt der Umstand dar, dass die deutschen Patienten/innen die Zuständigkeit der Rettungsstelle als Anlaufstelle für überwiegend körperliche Notfälle stärker

verinnerlicht haben dürften als die Migranten/innen. Dadurch werden die naturalistischen Ursachen vorherrschend wahrgenommen oder zumindest eher geäußert, was das Vorliegen sekundärer psychosozialer Ursachenvorstellungen jedoch nicht ausschließt. Werden diese wiederum in ihrer Bedeutung als zentraler wahrgenommen, ist davon auszugehen, dass deutsche Patienten/innen häufiger andere, darauf spezialisierte Versorgungseinrichtungen aufsuchen (Bäärnhielm et al. 2000).

Der Umstand, dass die im Verhältnis zu den deutschen Patienten/innen größere Neigung der Migranten/innen zur psychosozialen Ursachenkategorie eine Abhängigkeit vom Alter und vom Geschlecht der Migranten/innen aufweist, könnte dahingehend interpretiert werden, dass sowohl die beiden Geschlechter als auch die verschiedenen Altersstufen einen unterschiedlichen Grad an Akkulturation aufweisen und zudem verschiedenartigen psychosozialen Belastungen ausgesetzt sind.

Innerhalb der Gruppe der jüngeren Patienten/innen ist die Anzahl der Migranten/innen der zweiten Generation deutlich höher als bei den älteren Altersgruppen. Damit steigt bei den Unterdreißig-jährigen der durchschnittliche Grad an Akkulturation zur deutschen Gesellschaft. Zudem ist anzunehmen, dass aufgrund einer stärkeren Integration die durch die Migration bedingten psychosozialen Belastungen sinken.

Migrantinnen, zumindest die der ersten Generation, welche besonders in der Altersgruppe von 30 bis 50 Jahren stärker vertreten waren, haben im Gegensatz zu den Männern häufig durch fehlende Eingliederung in den Arbeitsmarkt eine geringere Anbindung an die deutsche Gesellschaft. Sie kommen weniger direkt mit Deutschen in Kontakt, während ihr soziales Leben eher im Verwandten- und Bekanntenkreis des eigenen Kulturraums stattfindet. Entsprechend geringer ist der interkulturelle Austausch (Koch 2000). Ein höheres Maß an Bildung kann die Akkulturationsprozesse beschleunigen. Doch gerade bei den Bildungsabschlüssen weisen die Migrantinnen ein deutlich niedrigeres Niveau auf als die Männer. Kulturelle Isolation von der deutschen Mehrheitsgesellschaft, mangelnde Kenntnis der deutschen Sprache und ein niedrigeres Bildungsniveau behindern wiederum den Zugang zum deutschen Gesundheitssystem und damit auch zu entsprechenden Gesundheitsinformationen. Diese Aspekte könnten zur Folge haben, dass traditionelle Krankheitskonzepte weniger von westlichen Vorstellungen beeinflusst werden. Ein weiterer Aspekt dürfte darin bestehen, dass in traditionell patriarchalen Kulturen, die weniger von emanzipatorischen Prozessen geprägt wurden, klassische Geschlechterrollen ausgeprägter sind. Hier könnte das betont körperliche Ausdrücken emotionaler Zustände und seelischen Leidens dadurch mitbedingt sein, dass es besonders bei Frauen akzeptiert ist. Außerdem ist es in vielen Kulturen traditionell die Rolle der Frauen, sich um die familiäre

Gesundheit und die Versorgung von erkrankten Familienmitgliedern zu kümmern. Durch diese Rolle könnten Frauen volksmedizinische Vorstellungen sowie gesundheitsbezogene Kulturaspekte des Heimatlandes intensiver verinnerlicht haben als Männer. Sie haben nicht nur komplexere Krankheitskonzepte, sondern diese dürften auch stärker in ihren kulturellen Traditionen verankert sein (Christeiner 1999).

Der wichtigste Grund für die ausgeprägtere Tendenz der Migrantinnen, insbesondere der 30-bis-50-jährigen, zu psychosozialen Ursachenvorstellungen dürfte aber in ihren besonderen psychosozialen Belastungen liegen. Frauen der ersten Migrantengeneration leiden oft mehr unter der Migration als die Männer. Der Grad an Freiwilligkeit bezüglich der Entscheidung zu immigrieren ist bei ihnen, zumal als nachziehender Ehefrau, zumeist geringer. Dadurch erleben sie die Probleme der Migration als weniger kontrollierbar und möglicherweise belastender. Gerade das Gefühl von mangelnder Kontrollierbarkeit begünstigt hierbei negative Affekte (Hasenbring 1989). Eine geringere Integration in die deutsche Gesellschaft kann die neue Kultur als fremder und zum Teil bedrohlich erscheinen lassen (Koch, 2000). Familiäre Belastungen oder Konflikte werden zudem überwiegend von den Frauen getragen. Migrantinnen, die Zugang zum Arbeitsmarkt haben, leiden wiederum häufig unter der Doppelbelastung von Arbeit und familiären Aufgaben, die sie weiterhin überwiegend allein zu tragen haben (Koch et al. 2000). Nicht zuletzt dürfte die traditionelle Rolle der Frau im Islam mit eingeschränkten Rechtsvorstellungen angesichts gleichzeitiger Konfrontation mit einer andersartigen Kultur besondere Belastungsmomente bergen (Koch et al. 2000; Schirmacher et al. 2004). Dieses größere Belastungsmaß dürfte bei Migrantinnen zum einen die Wahrnehmung von psychosozialen Belastungen als Ursache von Beschwerden verstärken, zum anderen aber auch tatsächlich ein größeres pathogenes Potential besitzen. So konnte in anderen Studien eine schlechtere psychische Gesundheitseinschätzung und ein häufigeres Vorkommen depressiver Symptome bei Migrantinnen im Vergleich zu einheimischen Frauen aufgezeigt werden (Zemp Stutz et al. 2001; Britton et al. 2000).

Diese Zusammenhänge betonen die Bedeutung der Rettungsstelle in Bezug auf psychosoziale Probleme bestimmter Gruppen von Migranten/innen. Zum einen bergen verschiedene Interpretationen der Beschwerdeursachen das Risiko von Missverständnissen und einer nachhaltigen Störung der Arzt-Patienten-Beziehung mit divergierenden Erwartungshaltungen und daraus folgenden Schuldzuweisungen. Andererseits stellt für Migranten/innen und insbesondere für die Migrantinnen im Alter von 30 bis 50 Jahren die Rettungsstelle eine erste, vielleicht auch die einzige Anlaufstelle für psychisch verursachte Beschwerden dar. Ein Eruiieren der Ursachenvorstellungen erscheint also als durchaus empfehlenswert. Eine effektive und

sinnvolle Therapie beinhaltet in diesem Fall jedoch auch ein gewisses Maß an psychotherapeutischer oder sozialarbeiterischer Intervention. Gerade hierbei stellen aber interkulturelle und sprachliche Verständigungsprobleme eine bedeutende Barriere dar, die ein indiziertes therapeutisches Vorgehen erschweren oder aber zu einem Ignorieren der entsprechenden Problematik führen kann.

Die Studie ergab keine Zusammenhänge zwischen der Ethnizität und der Anzahl der genannten Ursachenvorstellungen. Das bedeutet, dass sowohl die Migranten/innen als auch die deutschen Patienten/innen gleich häufig keine Antwort gaben bzw. gleich häufig nur eine oder mehrere Angaben machten. Somit scheint es zwischen den beiden betrachteten „ethnischen Gruppen“ keine Unterschiede dahingehend zu geben, dass eine Gruppe häufiger als die andere gar keine Vorstellungen über mögliche Ursachen hat. Auch scheinen sich die Migranten/innen nicht häufiger als die Deutschen auf eine Hauptursache festzulegen oder komplexere Ursachenvorstellungen zu präsentieren.

5.3.2 Migrantengenerationsspezifische Ursachenvorstellungen

Zwar näherten sich die Migranten/innen der zweiten Generation gegenüber denen der ersten Generation in ihren Ursachenvorstellungen dem Antwortverhalten der deutschen Patienten/innen an. Dieser Unterschied zwischen den beiden Migrantengenerationen war aber nicht signifikant. Das bedeutet, dass die dritte Hypothese, dass die zweite Migrantengeneration in ihren subjektiven Annahmen über die Ursachen ihrer Beschwerden zu den Ursachenvorstellungen der deutschen Patienten/innen tendiert, nicht bestätigt werden konnte. Zwar ließen sich die prozentualen Annäherungen der zweiten Generation an das Antwortverhalten der Deutschen als Anzeichen eines Akkulturationsprozesses deuten, jedoch scheint dieser Effekt so gering zu sein, dass sich die erste und die zweite Generation in ihren Ursachenvorstellungen nicht deutlich unterscheiden. Sicherlich muss hierbei berücksichtigt werden, dass zum einen schon der Unterschied bezüglich der Ursachenvorstellungen zwischen den deutschen Patienten/innen und der gesamten Migrantengruppe nicht sehr groß war und somit ein zwischen diesen beiden Gruppen liegender Prozentsatz nur schwer nachweislich zu einer der beiden Gruppen tendieren dürfte, zum anderen war die Gruppe der Migranten/innen der zweiten Generation nicht sehr groß, was den Nachweis eines auch nur geringen Effektes erschwerte.

Trotzdem könnten diese Ergebnisse der Studie ein Hinweis darauf sein, dass die zweite Generation bezüglich ihrer Krankheitskonzepte weiterhin von den Vorstellungen und dem Erleben der ersten Generation beeinflusst wird und dass diese elterliche Prägung und damit die

tendenziell häufigere Wahrnehmung psychosozialer Belastungen als Auslöser von Beschwerden bedeutender ist als die Sozialisationseinflüsse durch die deutsche Gesellschaft (Wittig et al. 2003). Die Grundbasis des Krankheitserlebens wird, wie bereits erwähnt, in kindlichen Entwicklungsphasen gebildet. Für die Prägung der eigenen Krankheitsvorstellungen haben die elterlichen Krankheitskonzepte und das familiäre Umgehen mit Erkrankungen eine zentrale Bedeutung (Schmidt et al. 1994). Spätere Sozialisationen durch die Begegnung mit anderen in der jeweiligen Gesellschaft vorherrschenden Krankheitskonzepten, etwa im Rahmen von Schule, spielen eher eine nur noch modifizierende Rolle, die zumindest Basistendenzen selten grundlegend ändert. Somit dürften familiäre Prägungen nach den individuellen Faktoren wie Beschwerdeart und Alter im Erleben der eigenen Erkrankung größere Bedeutung haben als spätere sozialisatorische Einflüsse, was den relativ geringen Unterschied zwischen den Generationen in ihren Ursachenvorstellungen verständlich machen könnte. Die Übernahme von Krankheitskonzepten, die im jeweiligen Immigrationsland vorherrschen, dürfte also Ergebnis eines Prozesses sein, der sich über mehrere Generationen hin erstreckt. Im Rahmen der Rettungsstelle wiederum bedeutet das für die Beziehung zwischen behandelnden Ärzten/innen und Patienten/innen der zweiten Migrantengeneration, dass selbst bei einer problemlosen sprachlichen Kommunikation eine Berücksichtigung möglicher soziokulturell geprägter Aspekte der subjektiven Krankheitskonzepte für die Verständigung wichtig bleibt.

5.3.3 Geschlechtsspezifische Ursachenvorstellungen

Eine generell unterschiedliche Neigung zwischen den Geschlechtern bezüglich der Ursachenkategorien bestand nicht. Somit konnte die vierte Hypothese, dass sich zwischen weiblichen und männlichen Patienten, die eine Rettungsstelle aufsuchen, Unterschiede in den subjektiven Annahmen über die Ursachen ihrer Beschwerden ergeben und Patientinnen hierbei eine größere Neigung zu psychosozialen Ursachenvorstellungen haben, nicht bestätigt werden. Damit stehen die Ergebnisse dieser Studie im Gegensatz zu älteren Untersuchungen, in denen neben einer stärkeren psychosozialen Belastung von Frauen auch eine deutlich größere weibliche Tendenz zu psychosozial geprägten Ursachenvorstellungen beschrieben wurde (Christeiner 1999).

Diese Ergebnisse könnten dadurch zustande gekommen sein, dass sich die Geschlechter noch nicht auf einer Ebene der zuerst genannten Hauptursachen unterscheiden, sondern erst bei der Berücksichtigung zusätzlicher Aspekte. Frauen könnten sehr wohl mehr psychosoziale

Vorstellungen bei weiteren, den pathogenen Einfluss des jeweiligen Hauptgrundes begünstigenden Ursachen haben.

In anderen Studien konnte gezeigt werden, dass weibliche Krankheitskonzepte insgesamt komplexere Strukturen aufweisen als männliche (Christeiner 1999). Daher könnten sich psychosoziale Tendenzen erst in komplexeren Zusammenhängen der Krankheitskonzepte wie Krankheitsbedeutung, gesundheitliche Konstitution oder Behandlungserwartungen offenbaren, die in der vorliegenden Untersuchung nicht abgefragt wurden.

Ein weiterer Grund für den fehlenden Nachweis von Unterschieden könnte darin liegen, dass die Patienten/innen Angaben im Sinne eines sozial erwünschten Antwortverhaltens machten. Die Rettungsstelle wird, wie weiter oben bereits beschrieben, überwiegend als Behandlungsort für ernsthafte körperliche Beschwerden gesehen. Psychosozial bedingte Beschwerden werden aber oft als nicht ernsthaft, wenn nicht gar als eingebildet stigmatisiert. Dies könnte zur Folge haben, dass Patienten/innen - vielleicht in besonderem Maße die weiblichen - psychosoziale Ursachenvorstellungen im Rahmen einer Rettungsstelle nicht wahrnehmen oder nicht äußern. Ein Hinweis darauf könnte in dem Umstand gesehen werden, dass Frauen signifikant häufiger keine Ursachenvorstellungen angaben als Männer. Vielleicht, dies bleibt aber im hohen Maße spekulativ, verweigerten gerade Frauen mit psychosozialen Ursachenvorstellungen die Antwort, um nicht als übersensibel oder als die Notaufnahme zu Unrecht in Anspruch nehmend wahrgenommen zu werden.

Die Ergebnisse könnten auch dahingehend rettungsstellenspezifisch sein, dass sich die Geschlechter nicht in ihren Ursachenvorstellungen unterscheiden, wenn sie Beschwerden als Notfall wahrnehmen, während Unterschiede bei anderen, weniger bedrohlich erscheinenden Erkrankungen oder in anderen Versorgungseinrichtungen sehr wohl auftreten könnten. Beschwerden, die als psychosozial verursacht erlebt werden, könnten nicht nur insgesamt weniger zum Arztbesuch bewegen, sondern gerade bezüglich der Rettungsstelle das Aufsuchen anderer Versorgungseinrichtungen fördern. Frauen wird in der Literatur auf Grund ihrer traditionellen Rolle als Hüterin der familiären Gesundheit eine größere Kompetenz im Umgang mit Krankheits- und Gesundheitsfragen bescheinigt (Christeiner 1999). Diese größere Kompetenz bzw. ein daraus folgendes größeres Repertoire an Handlungsmöglichkeiten im Krankheitsfall könnte dazu beitragen, dass gerade Frauen mit psychosozialen Ursachenvorstellungen nicht primär die Rettungsstelle aufsuchen, sondern zuerst andere Behandlungsmaßnahmen ergreifen oder an anderen Orten Hilfe suchen.

Allerdings ergaben sich innerhalb bestimmter Gruppen von Beschwerden sehr wohl geschlechtsspezifische Unterschiede in den Ursachenvorstellungen, die allerdings nur in der

abdominalen Beschwerdegruppe insofern ein signifikantes Niveau erreichten, als nur hier eine ausreichende Patientenzahl gegeben war. Frauen mit abdominalen Beschwerden äußerten sich deutlich häufiger rein naturalistisch als die männliche Vergleichsgruppe. Dieses Ergebnis zeugt davon, dass der fehlende Unterschied zwischen den Geschlechtern der Gesamtgruppe ein durchschnittliches Ergebnis ist, während sich die Geschlechter bei der Beurteilung einzelner Beschwerdearten und Erkrankungen sehr wohl unterscheiden können. Frauen und Männer haben auf Grund biologischer und sozialisatorischer Unterschiede verschiedenartige Krankheitsneigungen mit teilweise geschlechtsspezifischen Pathogenesen. Das hat zur Folge, dass auch die subjektiven Wahrnehmungen von Ursachen sich bei den jeweiligen Beschwerden hinsichtlich einer psychosozialen und einer naturalistischen Genese unterscheiden. Gleichzeitig findet auch gesellschaftlich eine durchaus beschwerdespezifische Sozialisation der beiden Geschlechter statt. So wird beispielsweise das Bild des Herzinfarktes in der Öffentlichkeit stärker mit männlichem Arbeitsstress assoziiert. Diese unterschiedliche Sozialisation bzw. Zuschreibung wiederum beeinflusst ebenfalls die geschlechtsspezifische Bewertung von Beschwerdeursachen.

Die abdominalen Beschwerden umfassen bei Frauen zusätzlich den gesamten Bereich der gynäkologischen Erkrankungen. Diese sind zumeist stärker mit organischen Vorstellungen verknüpft, während anderen abdominalen Beschwerden häufiger ein funktionaler Charakter zugeschrieben wird (Schuth 1991; Herold 1999). Frauen sind somit eher dazu geneigt, abdominale Beschwerden gynäkologisch zu interpretieren und diesen dabei häufiger naturalistische Ursachen zuzuschreiben. Zusätzlich haben Frauen abdominal präzisere Körperschemata als Männer (Christeiner 1999), wodurch sie Beschwerden in diesem Bereich eher konkreten Organsystemen zuordnen können und ihre Wahrnehmung entsprechend körperlicher geprägt ist.

Damit könnte der Widerspruch, dass geschlechtsspezifische Unterschiede in den Ursachenvorstellungen zwar auf der Ebene einzelner Beschwerdearten auftreten, während sie dagegen insgesamt - entgegen den Ergebnissen anderer Studien - nicht hervortraten, wiederum in dem Sinne rettungsstellenspezifisch erklärt werden, dass die Verteilung bestimmter Beschwerdearten einer Rettungssituation nicht denen anderer Versorgungseinrichtungen entspricht und somit gerade hier häufiger solche Krankheitsbilder vorkommen, die - wie im Falle der abdominalen Beschwerden - von den Frauen häufiger als naturalistischen Ursprungs eingeschätzt werden.

Wie weiter oben erwähnt, ergab die Studie bei den Frauen eine signifikant größere Neigung dazu, gar keine Antwort zu geben, während andererseits die Männer häufiger als die Frauen

mehrere Angaben machten. Dieses Ergebnis steht ebenfalls im Widerspruch zu anderen Studien, die bei Frauen ausgeprägtere und komplexere Krankheitskonzepte beschreiben (Christeiner 1999).

Dieser Zusammenhang könnte, wie oben dargestellt, dahingehend interpretiert werden, dass Frauen mit psychosozialen Ursachenvorstellungen diese häufiger nicht äußerten, um dem Stigma zu entgehen, die Rettungsstelle ungerechtfertigt zu beanspruchen.

Andererseits könnten Beschwerden, die nicht zuzuordnen oder nicht erklärbar sind, gerade für Frauen einen besonders beunruhigenden Charakter haben und sie deshalb eher zum Aufsuchen einer Rettungsstelle bewegen. Aufgrund ihrer ausgeprägteren Krankheitskonzepte und der daraus folgenden größeren Kompetenz in Gesundheitsfragen könnten Frauen bei für sie erklärbaren Beschwerden ein größeres Repertoire an Behandlungsmöglichkeiten oder einen differenzierteren Zugang zu anderen Versorgungseinrichtungen haben als Männer. In dem Falle würden gerade Beschwerden, deren Ursachen nicht in ihre Krankheitskonzepte passen und die damit besonders unerwartete Ereignisse darstellen, in besonderem Maße dazu geeignet sein, als potentieller Notfall wahrgenommen zu werden. Bei Männern könnte dieser Effekt eine genau umgekehrte Rolle spielen. Auf Grund ihrer geringeren Kompetenz in Gesundheitsfragen erscheinen ihnen gerade erklärbare Beschwerden als dringender hilfebedürftig, während nicht interpretierbare Symptome eher als belanglos und nicht behandlungsbedürftig wahrgenommen werden.

5.3.4 Altersgruppenspezifische Ursachenvorstellungen

In dieser Studie hatten die Unter-30-jährigen häufiger naturalistische Vorstellungen als die entsprechende Vergleichsgruppe der 30-bis-50-jährigen, die eher geneigt waren psychosoziale Ursachen zu nennen. Damit konnte die fünfte Hypothese, dass zwischen den Patienten/innen verschiedener Altersgruppen, die eine Rettungsstelle aufsuchen, sich Unterschiede in den Annahmen über die Ursachen ihrer Beschwerden ergeben und dass jüngere Patienten/innen hierbei eine größere Neigung zu naturalistischen Ursachenvorstellungen haben, bestätigt werden. Das Lebensalter beeinflusst die Krankheitsneigungen und damit auch die Krankheitskonzepte sowie die Ursachenvorstellungen. Zum einen spielt die unterschiedliche Sozialisation zu verschiedenen Zeiten mit sich wandelnden Werten hierbei eine Rolle. Zum anderen prägen die persönlichen Erfahrungen und die jeweilige Lebenssituation die Krankheitsvorstellungen. Jüngere Menschen reflektieren im Allgemeinen weniger über ihre Gesundheit, da sie diese überwiegend als gegeben erleben (Christeiner 1999). Beschwerden, die als Notfall empfunden werden und zum Aufsuchen einer Rettungsstelle bewegen, entstehen zumeist akut. Sie werden

weniger mit der eigenen Lebenssituation in Verbindung gebracht und eher auf körperliche Umstände bezogen. Das schließt nicht aus, dass auch jüngere Patienten/innen psychosoziale Ursachenvorstellungen haben. Diese dürften aber eher im Rahmen leichterer Krankheiten auftreten und deshalb in der Rettungsstelle eine untergeordnete Rolle spielen. Hingegen wird Gesundheit mit zunehmendem Alter als weniger selbstverständlich angesehen. Krankheitsgeschichten, deren Verschlechterung zum Beispiel als rettungsstellenbedürftig erlebt werden könnten, haben zum Teil einen längeren Verlauf und fördern die Reflektion über die jeweiligen Ursachen. Dabei werden auch eher Aspekte der eigenen Lebenssituation und des sozialen Umfeldes integriert, was eine psychosoziale Ursachenvorstellung fördert. Zudem haben Menschen im mittleren Lebensabschnitt real mehr psychosoziale Belastungen als jüngere Menschen, was ebenfalls die Wahrnehmung psychosozialer Erkrankungsgründe hervorhebt. In die Zeit vom 30. bis zum 50. Lebensjahr fallen Belastungen durch Arbeitsleben und Familie, die sich zum Teil als Doppelbelastungen potenzieren. Zudem werden mit zunehmendem Alter Zukunftssorgen, wie etwa die Sorge um den eigenen Arbeitsplatz, relevanter. Diese psychosozialen Belastungen haben realen Einfluss auf die Gesundheit und sind auch in diesem Sinne erlebbar passt auch der Befund, dass die Unter-30-jährigen häufiger nur eine Antwort gaben als die Gruppe der Über-50-jährigen, die wiederum stärker zu mehreren Angaben neigte. Bei einer insgesamt geringeren Reflektion über Krankheit und bei akutem Auftreten von Beschwerden aus einer ansonst allgemein guten Gesundheit werden bei den jüngeren Patienten/innen einzelne prägnante Ursachen eher als alleiniger Grund gesehen, ohne dass hierbei ein Zusammenspiel mehrerer Ursachen eine Bedeutung haben muss. Patienten/innen mit längeren Krankheitsgeschichten und einem größeren Maß an gesundheitlichen Reflektionen nehmen eher mehrere Ursachen wahr und sehen diese auch eher im Sinne einer sich gegenseitig bedingenden oder potenzierenden Bedeutung.

5.3.5 Beschwerdespezifische Ursachenvorstellungen

Patienten/innen mit abdominalen Beschwerden gaben in dieser Studie häufiger rein naturalistische Ursachen an als Patienten/innen mit thorakalen Beschwerden, die eine entsprechend größere Neigung zu den psychosozialen Vorstellungen hatten. Besonders ausgeprägt war die Tendenz bei den Migranten/innen, bei den Frauen und bei den Unter-30-jährigen feststellbar. Damit konnte die sechste Hypothese, dass Patienten/innen, die mit verschiedenen Beschwerdearten eine Rettungsstelle aufsuchen, sich in den Annahmen über die Ursachen ihrer Beschwerden unterscheiden, ebenfalls bestätigt werden.

Jede Erkrankung und jede Beschwerde hat fallspezifisch ihre eigene Genese mit unterschiedlich ausgeprägten Bedeutungen von organisch-körperlichen und psychosozialen Aspekten bzw. Auslösern. Diese Ursachen sind dabei in verschiedenem Maße von den betroffenen Patienten durchaus erfassbar. Andererseits herrschen allgemein in der Gesellschaft und in den medizinischen Lehrmeinungen bestimmte Ursachenvorstellungen zu einzelnen Erkrankungen vor, die über Sozialisationsprozesse und Medien wiederum die subjektiven Krankheitskonzepte der einzelnen Patienten/innen prägen (Faller 1990).

In den Bereich der abdominalen Erkrankungen fallen eine Vielzahl externaler Auslöser, wie z.B. schlechtes Essen oder übermäßiger Alkoholgenuss, die als unmittelbar körperlich beeinträchtigend wahrgenommen werden, sowie bei den Frauen ein Großteil der gynäkologischen Beschwerden, die ebenfalls eher mit organischen Vorstellungen verknüpft sind. Dagegen werden thorakale Beschwerden häufiger in der Öffentlichkeit mit Stress- und Belastungsaspekten in Verbindung gebracht (Faller 1990).

Dass diese Neigung bezüglich der Ursachenvorstellungen zwischen den Patienten/innen mit abdominalen und denen mit thorakalen Beschwerden bei Migrantinnen/innen, besonders deutlich war, könnte dadurch erklärt werden, dass bei Patienten/innen aus muslimisch geprägten Ländern gerade das Herz und damit auch Thorakalbeschwerden häufig ein hohes Maß an (emotionaler) Symbolik haben, die sich so nicht bei Deutschen finden lässt (Kirmayer et al. 1998; Bäärnhielm et al. 2000). Weiblichen Patienten wiederum sehen gerade bei gynäkologischen Problemen, aber auch bei anderen abdominalen Beschwerden eher naturalistische Ursachen gegeben. Bei den unter-30-jährigen Patientinnen mit abdominalen Beschwerden dürfte der weibliche Anteil mit gynäkologischen Beschwerden größer sein als in den anderen Altersgruppen, wodurch auch hier die naturalistischen Ursachenvorstellungen stärker betont werden.

Zudem gaben die Patienten/innen mit abdominalen Beschwerden häufiger nur eine Antwort gegenüber den Patienten mit thorakalen Beschwerden, die häufiger mehrere Angaben machten. Auch hier dürfte der Zusammenhang eine Rolle spielen, dass gynäkologische Beschwerden und externale Auslöser konkreteren bzw. einzelnen Ursachen zugeschrieben werden, während die thorakalen Beschwerden eine größere Anzahl an Ursachenvorstellungen eröffnen.

5.3.6 Globale Betrachtung

In der vorliegenden Studie hatten die beiden Einflussfaktoren Beschwerdeart und Altersgruppe den größten Zusammenhang mit den Ursachenvorstellung. Zwar gab es auch eine Assoziation mit der Ethnizität, diese war aber nur gering und erwies sich in starkem Maße abhängig von anderen Faktoren wie Geschlecht und Alter. Somit scheint die „Kultur“ zwar die Ursachenvorstellungen zu prägen, in der jeweiligen Situation spielen aber individuelle Aspekte wie Beschwerdeart, Lebensumstände und Alter eine ausschlaggebendere Rolle. Geschlechtsunterschiede kamen nur innerhalb bestimmter Beschwerdegruppen vor. Die Unterschiede zwischen bestimmten Beschwerdegruppen scheinen wiederum in gewissem Maße geschlechts- und ethnizitätsspezifisch zu sein. Das hebt zum einen die zentrale Bedeutung der Beschwerdeart für die Herausbildung von Ursachenvorstellungen hervor, andererseits scheinen aber bestimmte Faktoren wie Geschlecht und Ethnizität eben erst auf der Ebene der einzelnen Beschwerdearten eine prägende Rolle zu bekommen.

Die Ergebnisse dürften in hohem Maße rettungsstellenspezifisch sein, was zum einen zeigt, dass die Rettungsstelle eine Einrichtung darstellt, die bei den Patienten/innen eigenständig psychologische Prozesse auslöst. Zum anderen begründet dieser Umstand die Annahme, dass Ursachenvorstellungen spezifisch für die jeweilige Situation und die entsprechende Versorgungseinrichtung sind, in deren Rahmen sie geäußert werden. Sie haben dabei einen durchaus dynamischen Charakter und sind keine starren Konstrukte, die sich die Menschen irgendwann zugelegt haben (Verres 1989; Faller 1998).

Außerdem zeigen die Ergebnisse, dass die Rettungsstelle für viele Patienten/innen eine wichtige psychosoziale Bedeutung hat. Es wäre falsch, die Funktion der Rettungsstelle allein über die Versorgung körperlicher und psychiatrischer Notfälle zu definieren und die Bedeutung von psychosozialen Interventionen zu ignorieren. Dies würde zum einen der gesellschaftlichen Aufgabe der Rettungsstelle als wichtiger, wenn nicht gar oft einziger Schnittstelle zwischen psychosozial belasteten Patienten/innen und einer medizinischen und damit sozialen Einrichtung nicht gerecht. Zum anderen würde ein großes Potential der Rettungsstelle für eine patientengerechte Gesundheitsversorgung darüber nicht wahrgenommen. Erstrebenswert wäre es deshalb, psychologische und soziale Betreuung in das Versorgungsrepertoire von Rettungsstellen zu integrieren oder zumindest eine solche Betreuung zu vermitteln.

Abschließend legen die Ergebnisse die Wichtigkeit der Erhebung und der Integration der Ursachenvorstellungen für eine positive Arzt-Patienten-Beziehung auch im Rahmen der Rettungsstelle nahe. Ein fehlendes Eingehen auf subjektive Vorstellungen von Patienten/innen

birgt das Risiko von Missverständnissen und gefährdet somit die Patienten-Compliance, die wiederum Einfluss auf den weiteren Krankheitsverlauf haben kann. Auch prägt das Erleben der Rettungsstellensituation die weitere Verarbeitung der Krankheit, über welche die subjektiven Vorstellungen Aufschluss geben können. Ebenfalls gilt es zu berücksichtigen, dass die Ursachenvorstellungen der Patienten/innen wichtige diagnostische Hinweise liefern können und somit für die weiteren therapeutischen Entscheidungen relevant sein können. Die Bedeutung der subjektiven Krankheitskonzepte hebt die Wichtigkeit des Arzt-Patienten-Gesprächs im diagnostischen und therapeutischen Gesamtverfahren auch in der Rettungsstelle hervor. Psychosoziale und interkulturelle Kompetenzen können im Zusammenhang mit der Berücksichtigung der Ursachenvorstellungen insbesondere bei der Behandlung ausländischer Patienten/innen eine hilfreiche Rolle spielen.

5.4 Ausblick

- Unter Berücksichtigung dieser Ergebnisse scheint für Folgeuntersuchungen in diesem Bereich ein *spezifischeres Studiendesign* in Form von Fragebögen oder Interviews, die ausführlicher auf die Krankheitsvorstellungen eingehen, sinnvoll, um Unterschiede in komplexeren oder weniger vordergründigen Strukturen der subjektiven Krankheitskonzepte mitzuerfassen. Auch sollte eine bessere Kontrolle der einzelnen Einflussvariablen stattfinden, um den Effekt der jeweiligen Faktoren genauer bestimmen zu können.
- Es erscheint empfehlenswert, weitere Studien von vornherein *krankheitsspezifisch* durchzuführen, um Verzerrungen durch die Vermengung verschiedener Krankheitsbilder zu vermeiden und um Besonderheiten in den Ursachenvorstellungen bestimmter Erkrankungen zu eruieren und zu vergleichen.
- Wichtig wäre eine gesonderte Untersuchung der Bedeutung des *Bildungsgrades* und des *Sozialstatus* für die subjektiven Krankheitskonzepte, auf die im Rahmen dieser Arbeit nicht eingegangen werden konnte.
- Des Weiteren wäre ein *Vergleich* von Migranten/innen und Patienten/innen in den jeweiligen *Herkunftsländern* sinnvoll, um den Einfluss der Migrationbelastungen und der Akkulturation zu erforschen.
- Auch scheint die Frage, welchen Einfluss die jeweilige Situation bzw. die jeweilige *Versorgungseinrichtung* auf die Ausbildung oder Äußerung von Krankheitskonzepten hat, untersuchenswert. Ein Vergleich von Krankheitskonzepten, die z.B. in Rettungsstellen,

Allgemeinarztpraxen oder Einrichtungen aus dem alternativmedizinischen Bereich auftreten, wäre hier denkbar.

- Wissenschaftlich betrachtenswert erscheinen zudem auch *andere Bereiche der subjektiven Krankheitskonzepte* wie Patientenvorstellungen zu Krankheitsverlauf, zu Therapiemöglichkeiten oder auch zu sozialen Konsequenzen von Krankheiten.